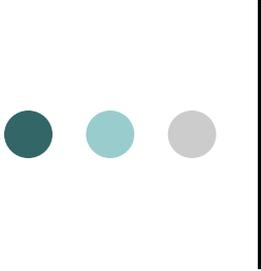


**Клинические случаи:
комплексное использование
специфических
противотуберкулезных препаратов
и медикаментозная коррекция их
побочных эффектов**

ТУ по курсу «Диагностика и лечение туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя»



Пример 1



Больной С., 1968 г.р. находится на лечении в 1 т/о ЦНИИТ РАМН с 20 июня 2011г.

Клинический диагноз:

Фиброзно-кавернозный туберкулез легких в фазе инфильтрации и обсеменения. Осумкованный туберкулезный плеврит левого легкого. МБТ (+), ШЛУ (SHRZAmKmPtCsOfx).

**Правосторонняя нейросенсорная тугоухость IIст.
Левосторонний хронический гнойный средний отит в ст. ремиссии. Левосторонняя смешанная тугоухость Шст.**



Анамнез заболевания:

Туберкулезом болен с 2007г. В течение года лечился стационарно препаратами I-го ряда с применением стрептомицина с эффектом. В 2009г. выявлен рецидив туберкулезного процесса. За период 2009г.-2010г. больной лечился курсами амбулаторно и стационарно неоднократно нерегулярно; отмечалось прогрессирование туберкулезного процесса. В марте 2011г. больной был госпитализирован в состоянии средней степени тяжести в стационар ПТД г.Н, где проводился очередной курс ХТ без эффекта, состояние ухудшалось, в связи с чем больной был направлен в ЦНИИТ РАМН для лечения.



Обследование при поступлении:

- ▣ **Жалобы на кашель** с обильной гнойной мокротой, одышку в покое, повышение температуры тела до 39С, боль в грудной клетке слева, слабость, снижение слуха на оба уха, боль и гнойное выделение из левого уха.
- ▣ **Общее состояние** средней степени тяжести. Аускультативно дыхание ослаблено слева, выслушиваются влажные разнокалиберные хрипы в большом количестве слева и справа в верхних отделах, ЧД 22 раз в 1 мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, АД 90/60рт.ст., ЧСС 100 раз в 1 мин. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.



Результаты обследования

- ▣ **Биохимический анализ крови от 21.06.11**
Общ.бил. 10 мкмоль/л, Тимол.пр. 1,1ед, АЛТ 13Е/л, АСТ 22Е/л, Хол. 3,6ммоль/л, Натрий 135ммоль/л, Калий 4,7 ммоль/л.
- ▣ **Биохимический анализ крови от 12.04.12**
Общ.бил. 9мкмоль/л, Тимол.пр. 4,9ед, АЛТ 6Е/л, АСТ 27Е/л, Хол. 3,6ммоль/л,
Креатинин 84 мкмоль/л, Натрий 145ммоль/л, Калий 4,0 ммоль/л.
- ▣ **Общий анализ мочи в динамике в пределах вариантов нормы.**
- ▣ **Общий анализ крови от 21.06.11**
Нв 103г/л, Нт 27,9%, Эр 4,54 x10¹²/л, Лейк 27,0x10⁹/л, Пал 3%, Сегм 79%, Эо 1%, Лимф 7%, Мон 9%, СОЭ 84 (W).
- ▣ **Общий анализ крови от 10.04.12**
Нв 146г/л, Нт 37,2%, Эр 4,97 x10¹²/л, Лейк 11,2x10⁹/л, Пал 2%, Сегм 60%, Эо 4%, Лимф 31%, Мон 3%, СОЭ 35 (W).



Результаты обследования

▣ Люм. микроскопия мокроты:

22.06.11 ++, 28.06.11 +++, 27.07.11 +., 28.07.11 +, 11.08.11 +, 22.09.11 +.,

04.10.12 отр., 09.10.11 отр., 09.11.11отр, 14.12.11 отр.; 27.01.12 отр., 11.03.12 отр., 12.03.12 отр., 16.04.12 отр., 20.04.12 отр.

▣ Посевы МБТ:

22.06.11 рост, 28.06.11 рост, 27.07.11 рост, 28.07.11 рост, 11.08.11 рост, 22.09.11 рост, 04.10.12 рост, 09.10.11 рост,

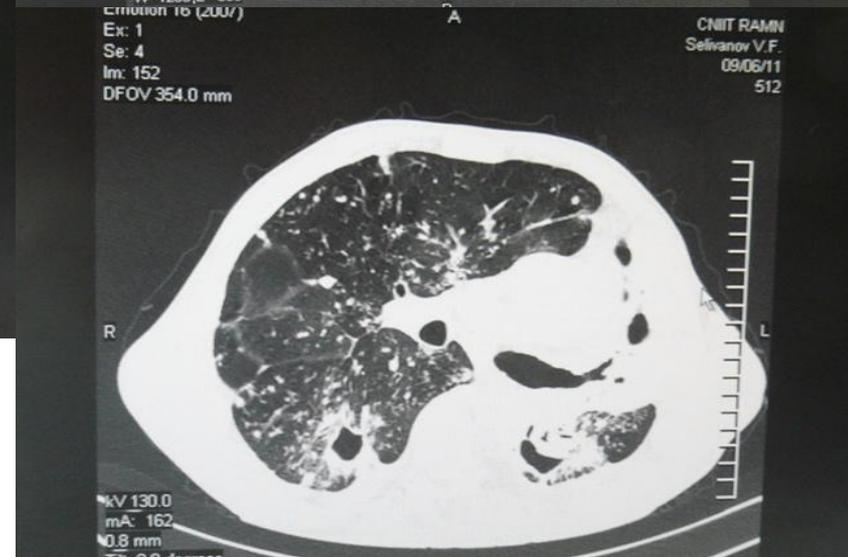
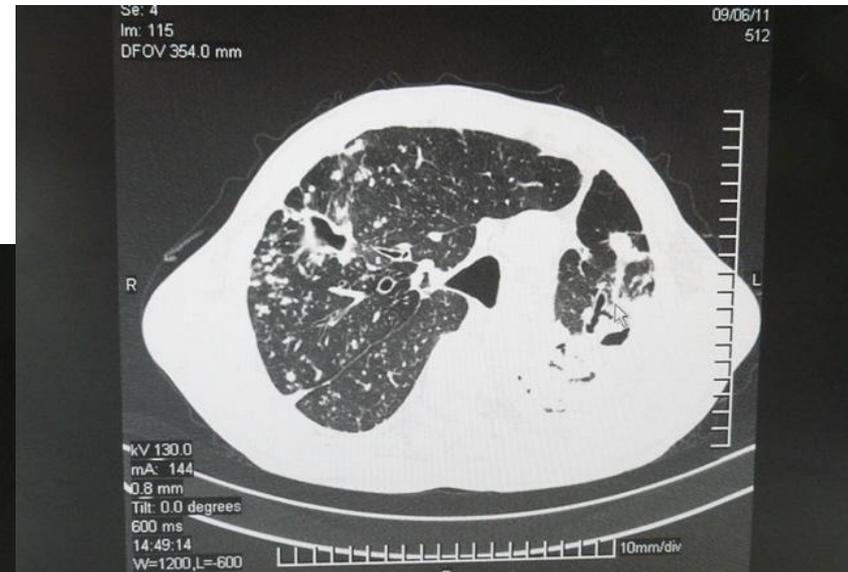
09.11.11отр., 14.12.11 отр; 27.01.12 отр., остальные посевы в работе.

▣ Тесты лекарственной чувствительности:

1) 22.06.11 (биочип) устойчивость к H,R, Fq;

2) 04.10.11 (плотные среды) устойчивость к H,R,S,Z,Fq,Km,Pt,Cs; чувствительность к E,Cm, Pas.

KT от 9.06.2011





Консультация отоларинголога от 15.07.2011г.

- **Жалобы:** на снижение слуха на оба уха, боль и гнойное выделение из левого уха.
- **Из анамнеза:**
- Снижение слуха на правом ухе больной впервые отмечал за период лечения с 2007г. по 2008г., спустя 4 мес. с момента начала ХТ. Как известно, в схему лечения входил стрептомицин, обладающий выраженным ототоксическим эффектом. Субъективно больной определял ухудшение функции ~ на 30%. Слева снижение слуха не отмечалось (со слов пациента). Объективные исследования для определения степени нарушения не выполнялись, медикаментозная коррекция нарушений не проводилась, отмена препарата за весь курс ХТ
- (1 год) не проводилась. Субъективно больной, со слов, дальнейшего ухудшения слуха не отмечал.
- В марте 2011г. при госпитализации больной так же предъявлял жалобы на шум, болезненность в левом ухе, снижение слуха и серозные выделения из уха. При осмотре ЛОР-врачом были выявлены признаки среднего отита, назначено местное лечение. Лечение проводилось резервными препаратами с применением амикацина, в результате чего больной отмечал резкое снижение слуха в левом ухе и снижение слуха справа в меньшей степени. Больной был консультирован в сурдологическом центре г.Н, установлен диагноз: **Правосторонняя нейросенсорная тугоухость II ст. Левосторонний хронический гнойный средний отит в ст. обострения. Левосторонняя смешанная тугоухость III ст.**
- Больному был установлен слуховой аппарат на правое ухо. Далее больной был переведен в ЦНИИТ РАМН.



Консультация отоларинголога от 15.07.2011г.

▣ **Status localis:**

Носовая перегородка искривлена, носовое дыхание сохранено. Слизистая розовая.

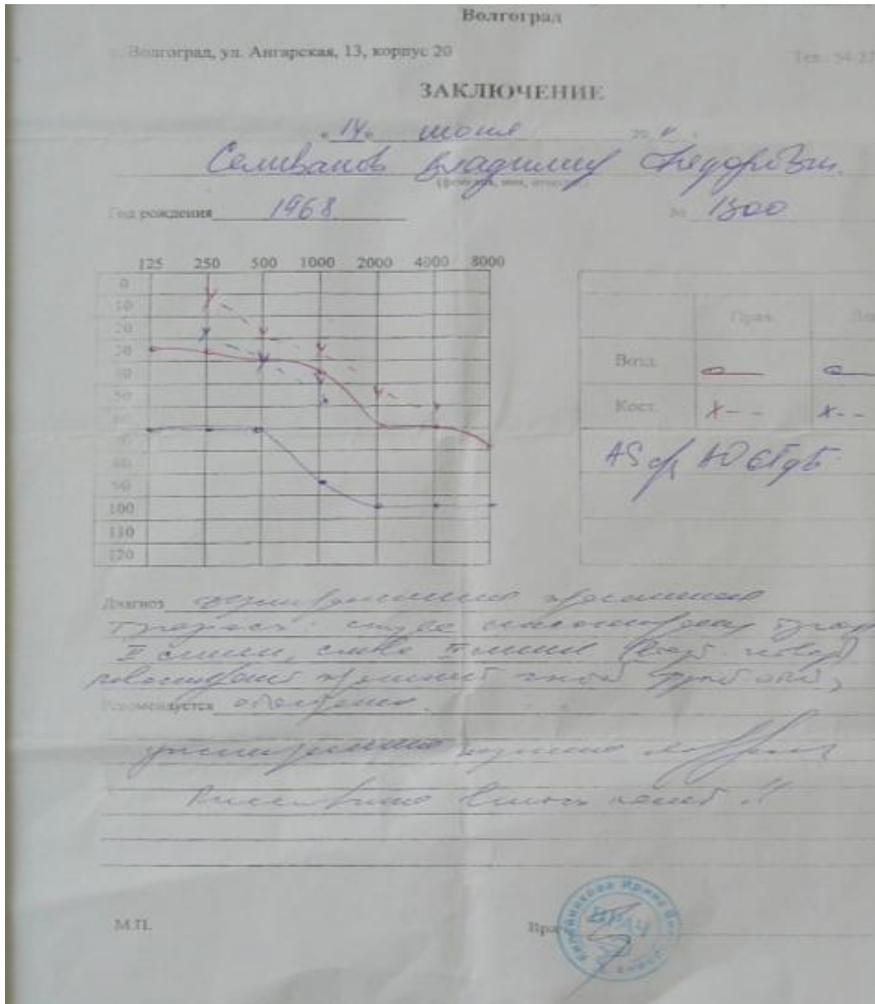
Небные миндалины увеличены до 1 ст., слизистая задней стенки глотки розовая.

Уши:

1) Правое ухо – барабанная перегородка серая, контурирована, без особенностей.

2) Левое ухо – наружный слуховой проход изогнут, барабанная перепонка перфорирована в заднем квадранте. Слизистая барабанной полости гиперемирована, гнойное отделяемое в небольшом количестве.

Аудиограмма: от 14.07.2011г.



Заключение:

Слева кондуктивная тугоухость 3ст., сенсорная тугоухость 3ст.

Справа сенсорная тугоухость 2ст.

Диагноз:

Правосторонняя нейросенсорная тугоухость II ст.

Левосторонний хронический гнойный средний отит в ст. обострения.

Левосторонняя смешанная тугоухость Ш ст.



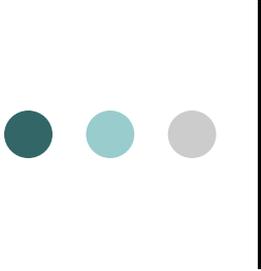
Комплексное лечение туберкулеза

1) **Химиотерапия** по схеме:

- Линезолид 0,6г/сут,
- Авелокс 0,4 г/сут,
- **Капреомицин 0,5 в/м (суточная доза препарата снижена, ввиду его побочного ототоксического действия и наличия тугоухости с двух сторон).**
- Циклосерин 0,75 г/сут ,
- Пиразинамид 1,5 г/сут ,
- Амоксиклав 2,0 г/сут, ПАСК 12,0 г/сут.

2) **Патогенетическая терапия** (витамины В1, В6 в/м; аевит, гепатопротекторы, нейропротекторы, антиоксиданты, ферменты поджелудочной железы)

3) **Коллапсотерапия** в виде еженедельных инфузий воздуха в брюшную полость по 800 мл.



Лечение патологии органа слуха

Лечение инфекционно-воспалительного заболевания среднего левого уха

- -Флоксан 0,3% (ушные капли, офлоксацин) по 3-4 капли в левое ухо 3 раза в день в течение 15 дней.
- - Протаргол (коллоидный препарат серебра (содержит 7,8—8,3% Ag). Относится к группе антисептических средств. Применяют обычно в 1—3%-ном растворе как вяжущее, антисептическое и противовоспалительное средство для смазывания слизистых оболочек верхних дыхательных путей.) по 5-6 капель 3 раза в день в нос.

Профилактика прогрессирования тугоухости (медикаментозная коррекция ототоксичности каприомицина).

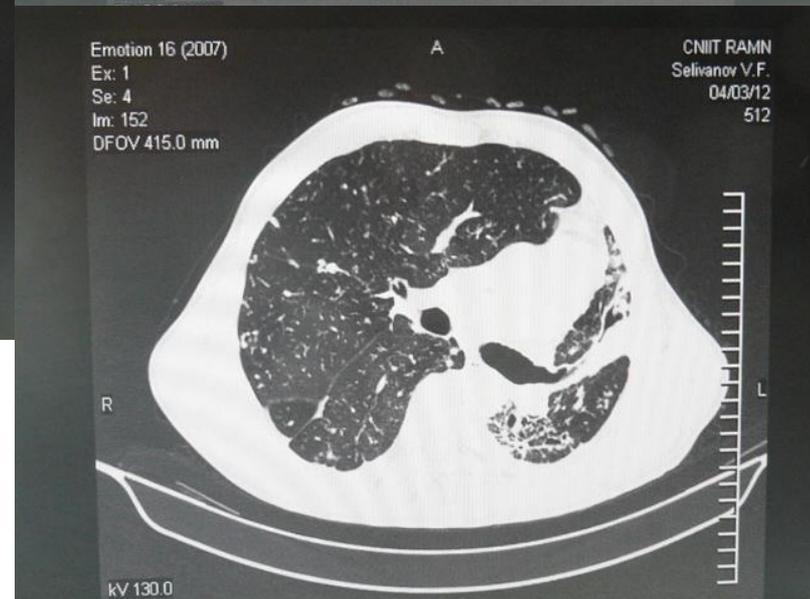
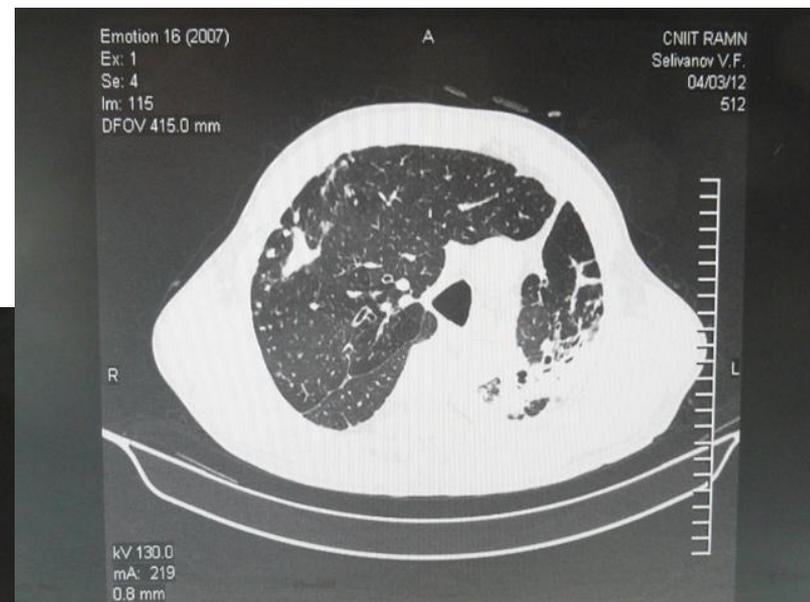
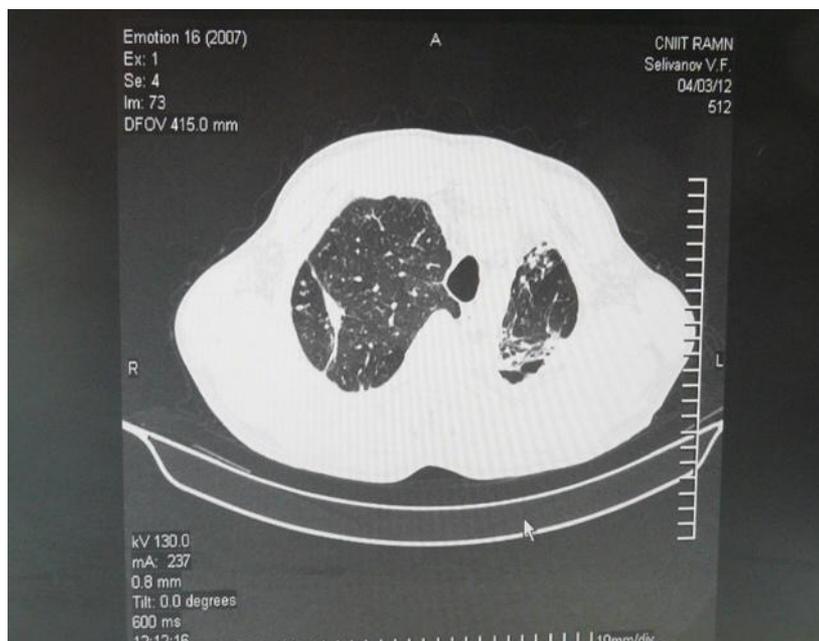
1. Сосудистая терапия (4 курса за время госпитализации)
 - Пентоксифиллин 5,0 на физ.р-ре в/в кап № 10
 - Никотиновая кислота 1,0 п/к № 10
 - Пирацетам 400мг/сут в течение 1 мес. (поочередно с приемом мексидола)
 - Мексидол 100мг/сут в теч. 1 мес.
 - Бетасерк 0,16г/сут в течение 2-х мес. (2 курса за год)
2. Физиотерапия : накожный лазер на область сосцевидного отрезка № 15 курсами с интервалом в 3 мес.

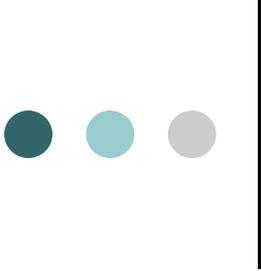


Консультация отоларинголога от 15.04.2012г.

- ▣ **Диагноз:** Правосторонняя нейросенсорная тугоухость II ст. Левосторонний хронический гнойный средний отит в ст. ремиссии.
Левосторонняя смешанная тугоухость Ш ст.
- ▣ **Аудиограмма: от 15.04.2012г.**
Картина прежняя. Прогрессирования тугоухости не отмечается.
- ▣ **Рекомендовано:**
 - 1) Сосудистая терапия курсами (по 4 раза в год).
 - 2) Беречь левое ухо от воды
 - 3) Консультация отохирурга в отношении тимпаноластики левого уха.

KT от 4.03.2012





За время лечения получена положительная динамика

▣ **клиническая:**

жалоб на момент осмотра не предъявляет. Общее состояние удовлетворительное. Больной прибавил в весе около 5кг. Дыхание в в/о левого легкого ослаблено, выслушиваются сухие рассеянные хрипы единичные; справа дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76 уд. в мин., АД 110/70 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

▣ **лабораторная:**

абацилирован бактериоскопически (с октября 2011г.) и культурально с ноября 2011г, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови в пределах физиологической нормы, отмечается улучшение ФВД.

▣ **рентгенологическая:**

закрытие полостей распада в правом легком с формированием плотных фокусов и поствоспалительного пневмофиброза; отмечается значительное уменьшение каверны в/о левого легкого, частичное рассасывание перикавитарной инфильтрации и полиморфно-очаговых изменений слева, уплотнение очагов; новых воспалительных элементов не выявлено.

Со стороны ЛОР-органов

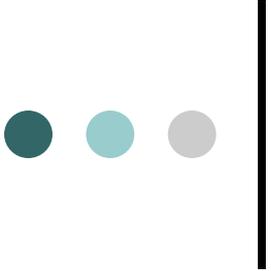
- отмечается положительная динамика
- не отмечается прогрессирования тугоухости при непрерывном длительном использовании капреомицина в лечении туберкулезного процесса, учитывая длительную сопутствующую медикаментозную терапию.



Химиотерапия продолжена в прежнем объеме
(учитывая ШЛУ и массивность поражения легочной ткани туберкулезным процессом)



Пример 2

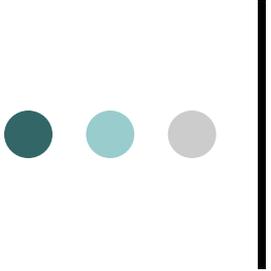


Больная А., 43 лет

Впервые туберкулез легких выявлен в декабре 2001 при обследовании по контакту с мужем, больным хроническим туберкулезом

Д –з: Инфильтративный туберкулез S 1-2 в фазе распада

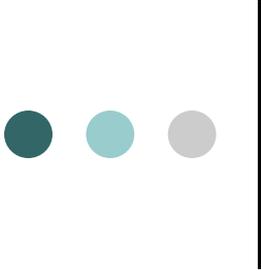
- КУМ (-) методом б\скопии
- Посев (+), ЛУ: HRESK
- Rg : слева в S 1-2 группа очагов средней интенсивности и мелких фокусов с распадом, лимфангоит



Лечение : 2 HRZE/ 4 HR

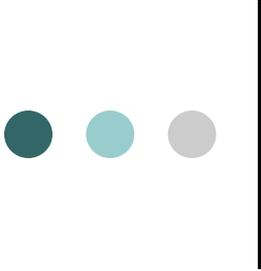
По завершении 6 месяцев терапии:

- КУМ(-) микроскопически
- Rg: отграничение очагов, частичное рассасывание инфильтрации, деструкция не определяется



При контрольном обследовании
через 3 месяца:

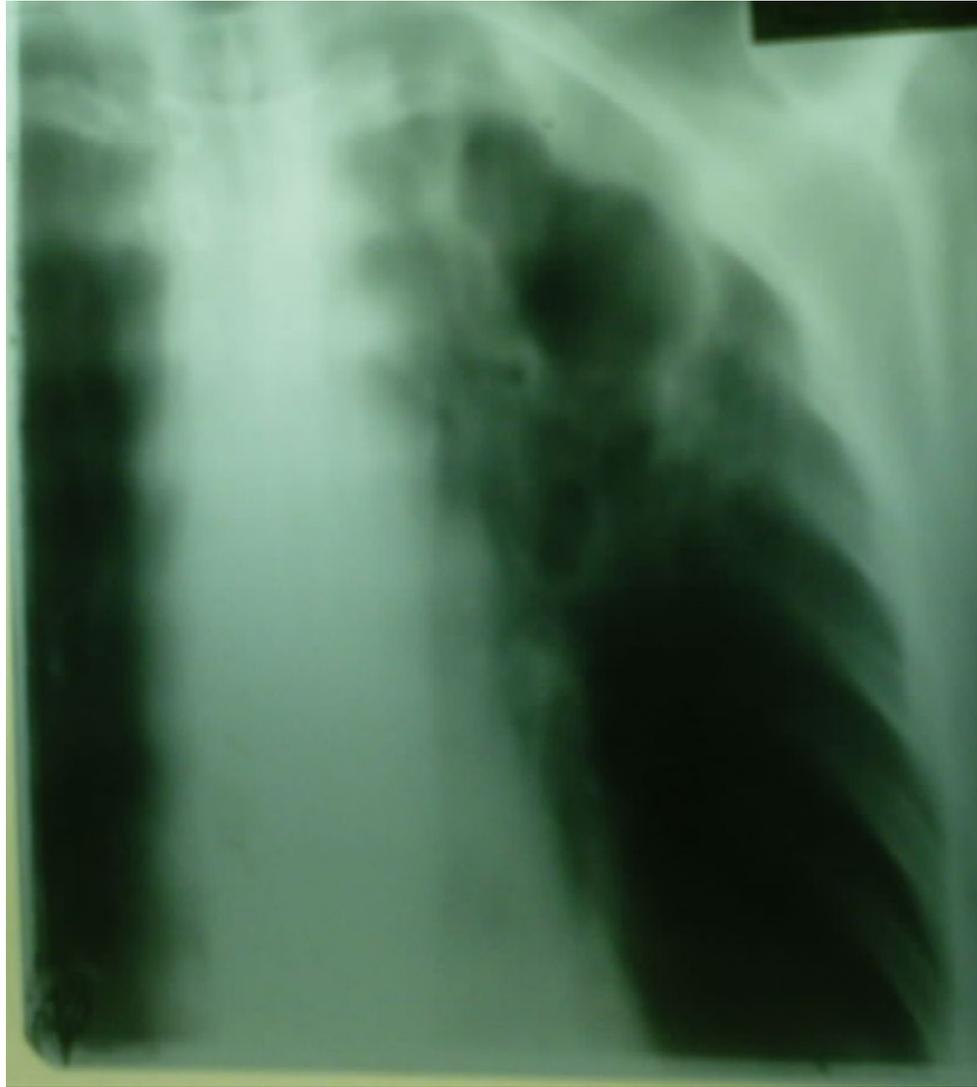
- КУМ (+)
- Rg: нарастание инфильтрации,
полость распада
- Б-ая направлена в ЦНИИТ РАМН

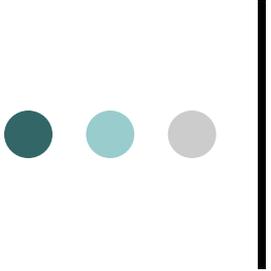


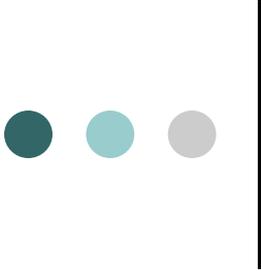
При поступлении:

- Общее состояние средней тяжести, t- до 38° С, кашель с мокротой серозно-гнойного характера, ночная потливость, снижение аппетита. Вес 51 кг
- КУМ(+++)
Посев (+++), ЛУ: HRESK
- Rg: в S 1-2 на фоне лимфангоита – гигантская толстостенная каверна, 2 каверны размерами 0,6-0,8 см, множество очагов отсева, плевральная реакция





- 
- Ан крови: Hb 81 г/л, лейкоцитоз (9,8), п/я сдвиг влево, лимф 8%, СОЭ 72 мм/ч
 - Печеночные пробы , электролитный состав крови, ан. мочи- без пат. изменений



Лечение:

□ химиотерапия

□ Cap – 750 мг в/м

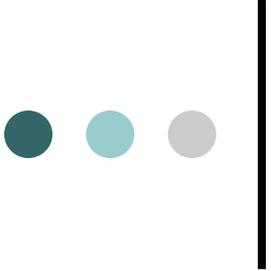
□ Cs - 500 мг

□ Pt – 750 мг

□ Oflox – 600 мг

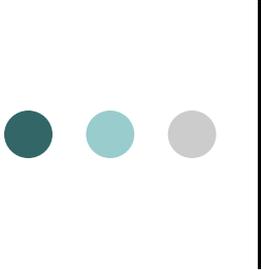
□ Z – 1500 мг

+ ИП



Сопутствующая терапия:

- Глутаминовая к-та 6 таб/сут
- Глицин 3 таб/сут
- Вит В6 50 мг в/м



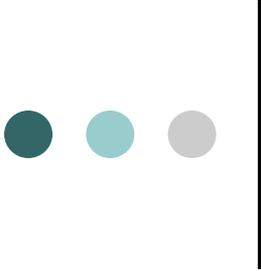
**На 2-ой день приема препаратов –
тошнота, анорексия**

Назначения:

- церукал за 20 мин до приема пищи
- протионамид разделен на 2 приема:
утром 250 мг и перед сном 500 мг
- имован 1 таб н/ночь



переносимость удовлетворительная

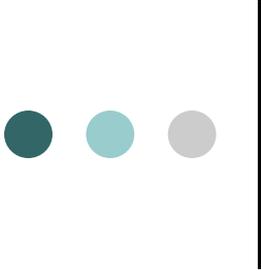


Через 2 месяца терапии - жалобы на заложенность левого уха, боли в левой половине ушной раковины

- Осмотр ЛОР-врача: неврит слухового нерва, хондроперихондрит левой ушной раковины
- Назначения: отмена Сар, вит В1, В6, алоэ, апилак, ККБ, ФТЛ (электрофорез Са, токи Даарсанваля) – 1 мес.



Боли исчезли, тугоухость уменьшилась



На 3-ем месяца лечения - плаксивость, беспокойство

- Назначения: феназепам 2 таб/сут в течение 5 дней



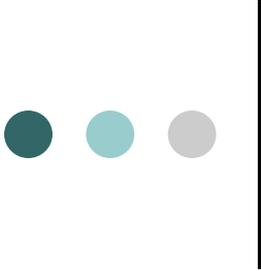
отсутствие эффекта



Назначения: amitriptyline 1 таб/сут



эффект, химиотерапия без изменений

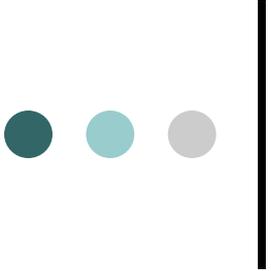


Через 4 месяца лечения жалобы на
высыпания на коже головы и шеи, легкое
покраснение шеи, зуда нет

- Анализ крови – без изменений
- При осмотре дерматологом
выявлен псориаз, назначено
лечение

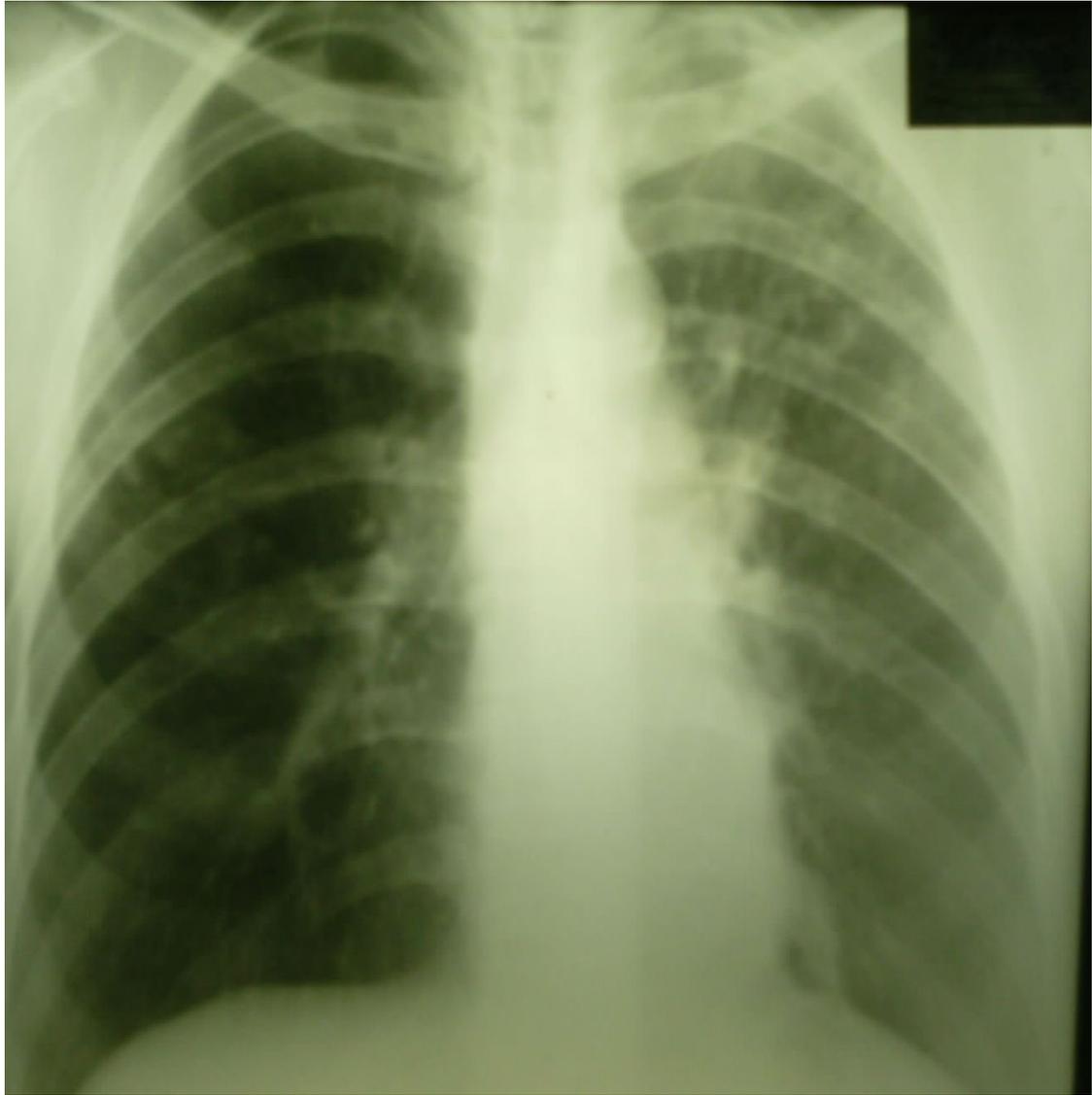


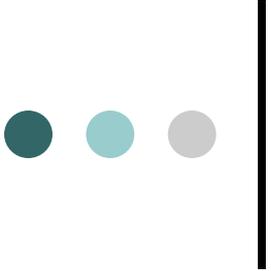
Химиотерапия без изменений



Результаты лечения

- КУМ(-) через 4 месяца
- Посев(-) через 4 месяца
- Rg через 9 мес: частичное рассасывание инфильтрации и уплотнение очагов, каверна достоверно не определяется





□ Лечение в стационаре:

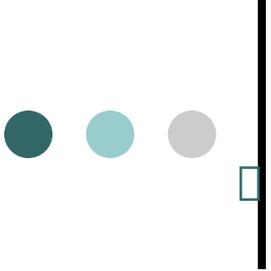
2 Cap Cs Pt Oflox Z / 10 Cs Pt Oflox Z

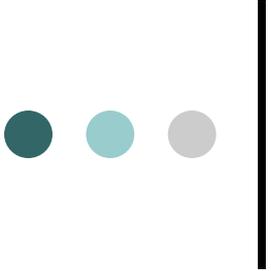
□ Амбулаторное лечение
продолжается

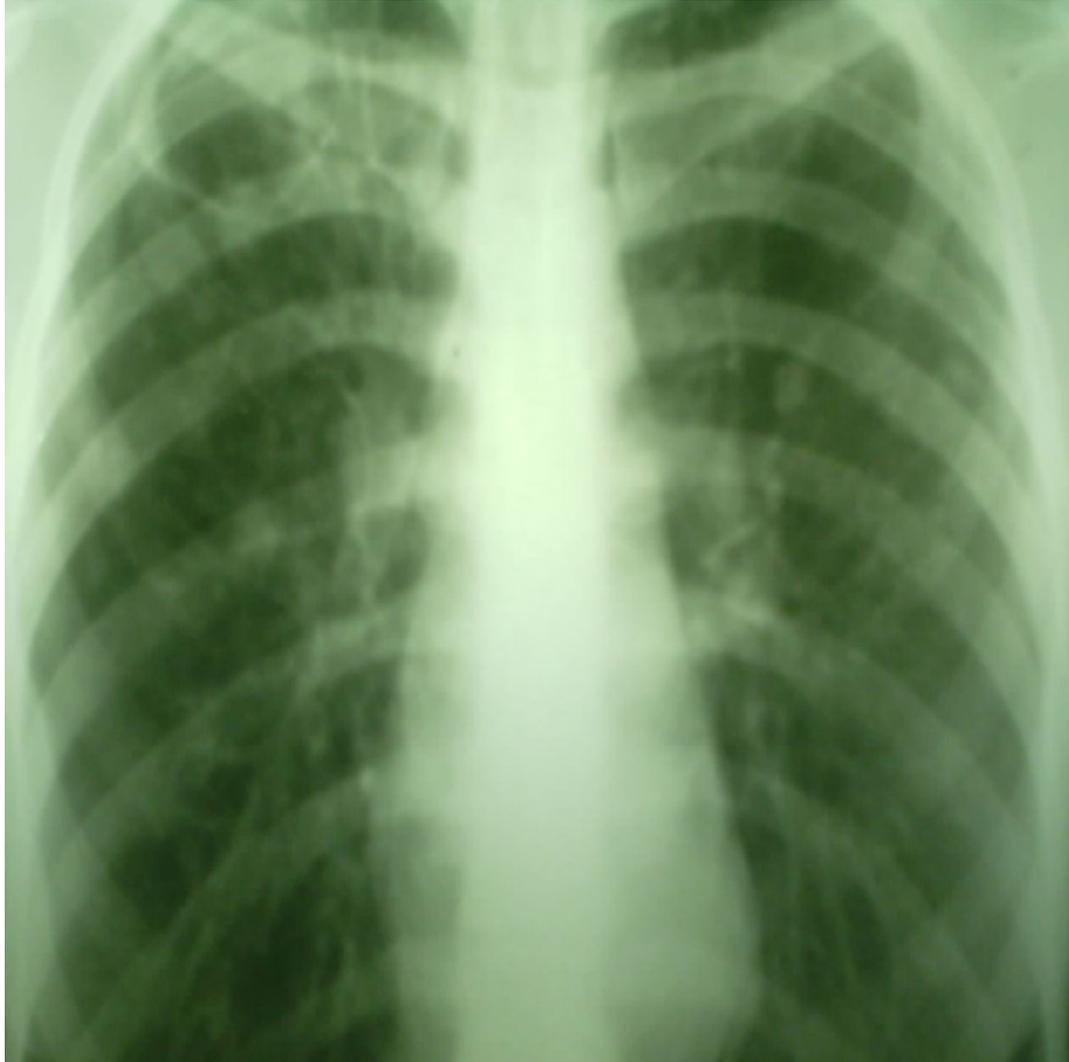


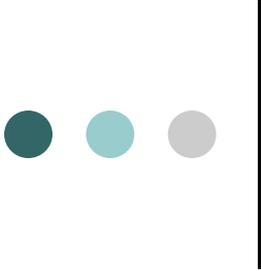
Пример 3

- ● ● □ Б-ая И. 21 года находилась в клинике ЦНИИТ 01.2002 – 06.2003 (17 месяцев)
- Анамнез:
- Контакт с больной ТБ матерью в 1994-1995 г.г.
- Впервые ТБ выявлен в 1995 г., когда больной было 15 лет : Инфильтративный ТБ в доли правого легкого, КУМ(-)
- Лечение (2HRZS/6 HE) с эффектом
- Противорецидивные курсы химиотерапии различными комбинациями

- 
- В сентябре 2001 г. – рецидив ТБ: инфильтративный ТБ в/доли справа в фазе распада и обсеменения, КУМ(+)
 - Лечение амбулаторно 4 мес. в п-ке по месту работы: HRbZEtMoxi без эффекта.
Прогрессирование ТБ
 - Для продолжения лечения поступила в ЦНИИТ

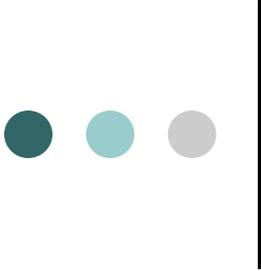
- 
- При поступлении (01.2002):
 - Кашель с выделением мокроты, слабость, t- 37,3°. Вес – 53 кг.
 - КУМ (+++)
 - Посев (+++) ЛУ: HRSEKPt
 - Rg: каверна размерами 3,5x2 см с широкими стенками, уровнем жидкости, дочерняя каверна меньших размеров, очаги отсева по всем легочным полям





Исходные лабораторные показатели:

- АЛТ, АСТ, тимоловая проба - увеличены в 1.5 раза
- Дисбактериоз 4 ст. (отсутствие бифидобактерий, лактобактерий, E.coli)

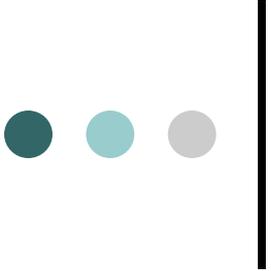


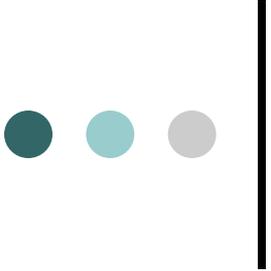
Лечение:

- Cap – 750 мг в/м
- Cs - 500 мг
- Pt – 750 мг
- Levo – 400 мг
- Z – 1500 мг
- PAS – 8 г



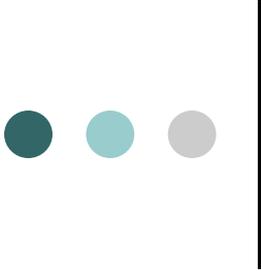
+ ИП

- 
- Через 2 мес. после получения данных о ЛУ МБТ к HRSEKPt отменен Pt
 - Лечение продолжено
Cap Cs Levo Z PAS



Сопутствующая терапия

- Глутаминовая к-та 6 таб/сут
- Глицин 3 таб/сут
- Вит В6 50 мг в/м
- Эуфлорин В - 3 курса по 1 мес.
- Эуфлорин L - 3 курса по 1 мес.
- Мезим 3 таб/сут

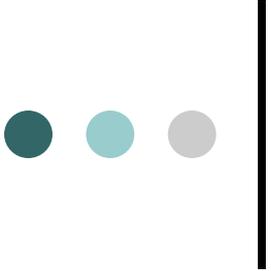


Через 6 мес. лечения

- КУМ (-)
- Посев(+)
- Rg: рассасывание мелких очагов, сохранение полости распада



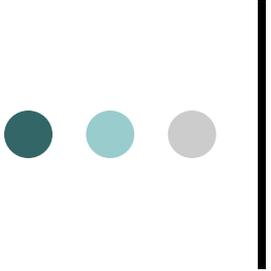
Консультация хирурга



Операция: полная торакокаустика

Rg: верхняя доля коллабирована,
каверна коллабирована, в средней
доле, S6 справа и в левом легком -
множество очагов

Химиотерапия Cs Levo Z PAS+ ИП

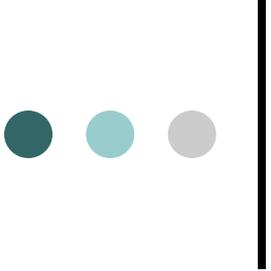


Через 9 мес. лечения:

- КУМ (-)
- Посев (-)
- Rg: каверна достоверно не определяется, рассасывание и уплотнения очагов

Лечение продолжено Cs Levo Z до 17 мес.

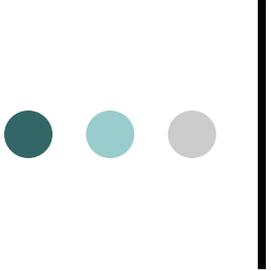


- 
- Химиотерапия (всего 17 мес.):
 - 2 Cap Cs Pt Levo Z PAS /
 - 4 Cap Cs Levo Z PAS /
 - 3 Cs Oflox Z PAS / 8 Cs Oflox Z

 - ИП - 9 мес.



Пример 3



Больная М., 21 г.

Живет и работает в Московской обл.

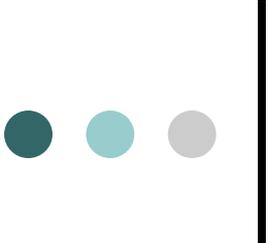
Квартирные условия

удовлетворительные

Семья: из 2-х чел.

Работа в офисе, условия удовлетв.

Контакт с больными ТБ отрицает



Анамнез

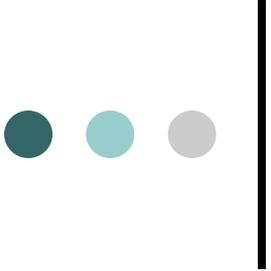
- Ухудшение самочувствия - в сентябре 2003 г:
- ✓ Т - 37.5° С
- ✓ Слабость
- ✓ Сухой кашель
- ✓ Боли в груди при дыхании справа
- ✓ Снижение аппетита
- При обращении в поликлинику при ФГ поставлен д-з «двусторонняя очаговая пневмония», лечение АШСД 10 дней без эффекта
- Направлена в ПТД



Анамнез

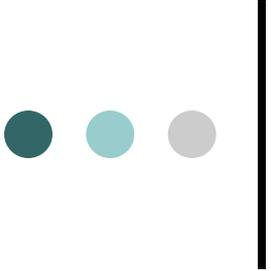
Госпитализация в ПТД 9.10.03-10.02.04

- Микроскопия мокроты: МБТ (+)
- Рентген. исследование :
В верхней доле правого легкого определяется каверна с неравномерно инфильтративными стенками на фоне лимфангоита и полиморфных очагов отсева в окружающей ткани. В верхней доле левого легкого – инфильтрат с деструкцией.
- Д-з при поступлении: Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада, МБТ(+)



Анамнез

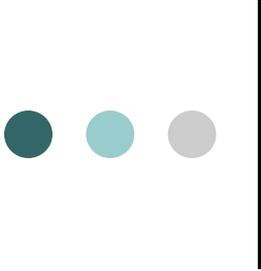
- Лечение:
- Стрептомицин
- Изониазид
- Рифампицин
- Этамбутол



Анамнез

Через 2 мес. лечения:

- Состояние прежнее
- В ан. мокроты МБТ(+) методом м\скопии, посевы в работе
- При рентген-исследовании:
прогрессирование процесса в виде нарастания инфильтрации, появления свежей полости распада в верхней доле справа.



Анамнез

□ Химиотерапия изменена:

Стрептомицин → амикацин

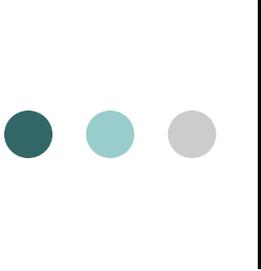
Рифампицин → рифабутин

Изониазид

Этамбутол

Этионамид

+ Преднизолон 15 мг

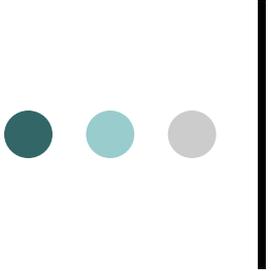


Анамнез

Через 1 мес. лечения:

- Состояние ухудшилось: повышение t тела, похудание, гнойная мокрота
- Получены данные посева мокроты от 16.10.03:
- Обильный рост МБТ
- ЛУ МБТ к: стрептомицину
изониазиду
рифампицину
этамбутолу
канамицину

Для продолжения лечения переведена в ЦНИИТ
РАМН



Госпитализация в ЦНИИТ РАМН 11.02.04 - 23.12.04 (10 мес.)

□ При поступлении:

Т – 38,5 ° С

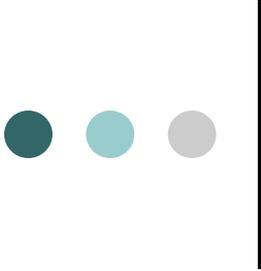
Кашель с гнойной мокротой

Ночная потливость

Одышка при физической нагрузке

Плохой аппетит

Кровохарканье



Обследование при поступлении (12.02.2004)

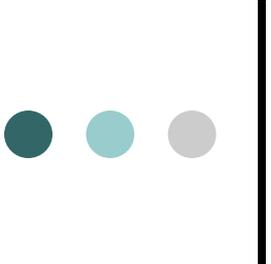
Клин. Ан крови

- ▣ Гемоглобин – **117** г/л
- ▣ Цвет.п-ль – **0.84**
- ▣ Лейкоц. – 5.7
 - П\я – **11**
 - С\я -55
 - Эоз - 2
 - Лимф -20
 - Мон -**12**
- ▣ СОЭ – **41** мм/ч

Биохимическое

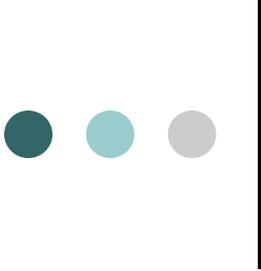
исследование

- ▣ Общ. Белок - 76 г/л
- ▣ Общ.билирубин – 9 мкмоль/л (N 8-20)
- ▣ АСТ – 17 Е/л (N до32)
- ▣ АЛТ – 31 Е /л (N до 31)



Обследование при поступлении

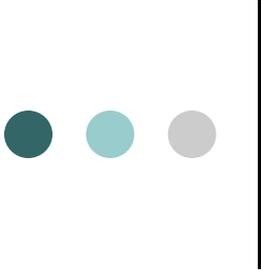
- Р. Манту с 2 ТЕ – папула 17 мм
- Исследование мокроты
- микроскопия : КУБ (+++) в трех последовательных анализах
- Молекулярно-генетическое на МДР-микрочипах : ЛУ МБТ к **Н R**
- посев на неспецифическую микрофлору роста на дал



Обследование при поступлении

ФВД:

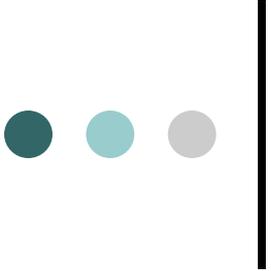
- ЖЕЛ 91
- ФЖЕЛ 96
- МСВ₇₅ 107
- МСВ₅₀ 87
- МСВ₂₅ 75



Обследование при поступлении

Иммунологическое исследование:

- ▣ РБТ ППД - 1,8% (N 2-6%)
- ▣ РБТ ФГА - 56% (N выше 60%)
- ▣ РОК % Т-кл - 53% (N 60-70%)
- ▣ РОК % В-кл - 19% (N 15-20%)



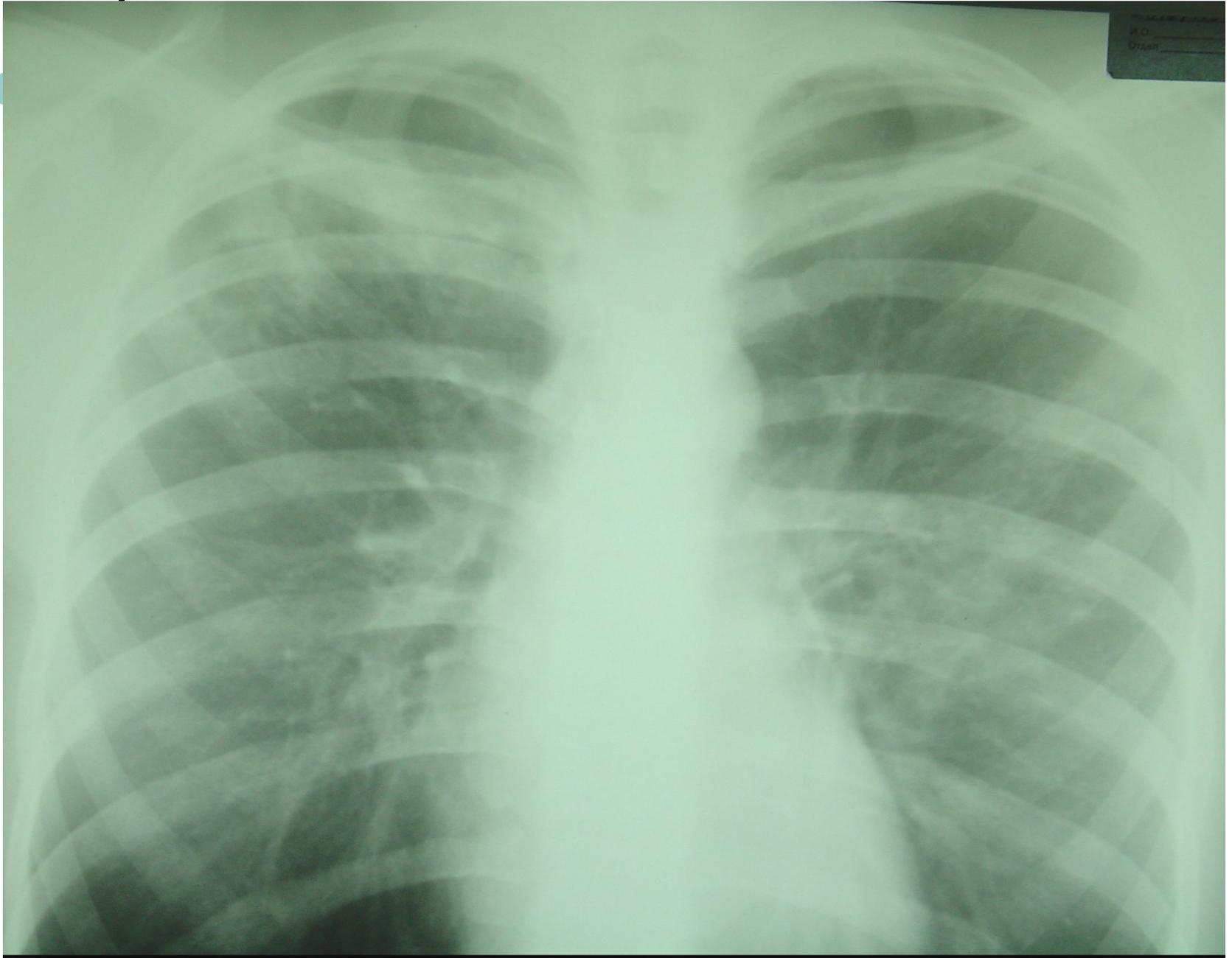
Обследование при поступлении

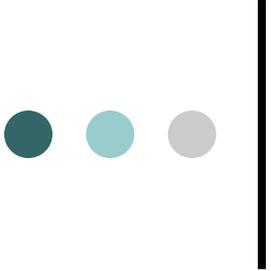
□ Бронхоскопия:

Бифуркация трахеи не расширена, шпора ее килевидная. Устья долевых и сегментарных бронхов справа и слева не деформированы. Видимая слизистая бронхов с обеих сторон без признаков воспаления

● ● ● | Обследование при поступлении

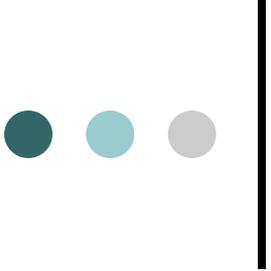
- Сцинтиграфия легких с ММА Tc-99M:
в верхних отделах и по латеральному краю обоих легких - выраженное снижение кровотока.
- Сцинтиграфия ВГЛУ с цитратом Ga 67:
ограниченное включение РФП в прикорневые л/узлы средостения с локализацией в наддиафрагмальном пространстве





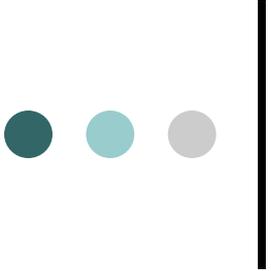
□ Диагноз:

Кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, МБТ (+)



План лечения

- Химиотерапия в соответствии с данными чувствительности МБТ к ПТП
- ИП справа



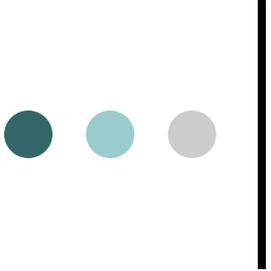
Обоснование схемы химиотерапии

- По данным ПТД: первичная ЛУ МБТ к **HRSEK**
- Мол.-ген. исследование: ЛУ МБТ к **HR**
- В анамнезе: назначение **Et** вместе с ПТП, к которым МБТ резистентна



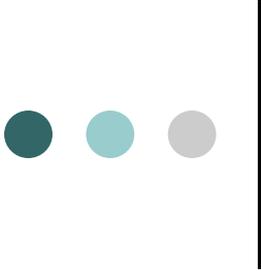
- Комбинация резервных ПТП, к которым вероятно сохранение чувствительности МБТ

Cap Fq Z Cs PAS



Обоснование коллапсотерапии (ИП)

- Сформированные каверны без выраженной инфильтрации
- Локализация CV - верхняя доля
- Патологии в бронхах нет

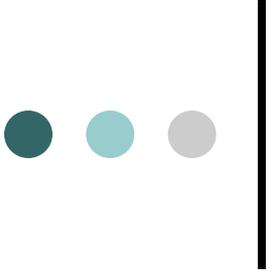


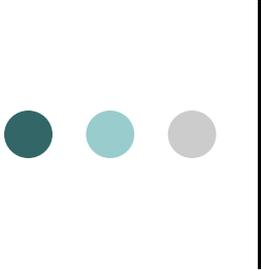
Химиотерапия

- 1-й день: Z 1.5 Cap 1.0 в/м
- 2-й день: Z Cap+ Cs 0,5 (в 2 приема)
- 3-й день: Z Cap Cs + Мохі (авелокс) 0,5
после приема ПТП развился отек Квинке



Все ПТП отменены, назначены антигистаминные препараты, гормональная терапия, курс плазмаферезов №5

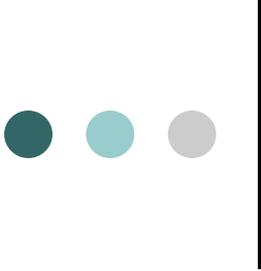
- 
- Иммунологическое исследование на переносимость препаратов:
Увеличение РБТ на фторхинолоны



Через 14 дней возобновлена химиотерапия:

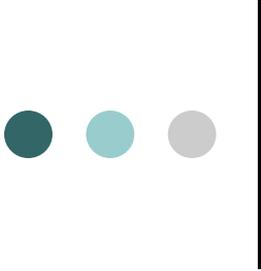
- Cap 1,0
- Z 1,5
- Cs 0,5 → 0,75
- PAS 8г → 12 г

+ антигистаминные препараты



Сопутствующая терапия (профилактика нарушений ЦНС)

- Глутаминовая к-та 6 таб/сут
- Глицин 3 таб/сут
- Вит В6 0,1 в/м



При приеме ПАСК: тошнота, анорексия

Назначения:

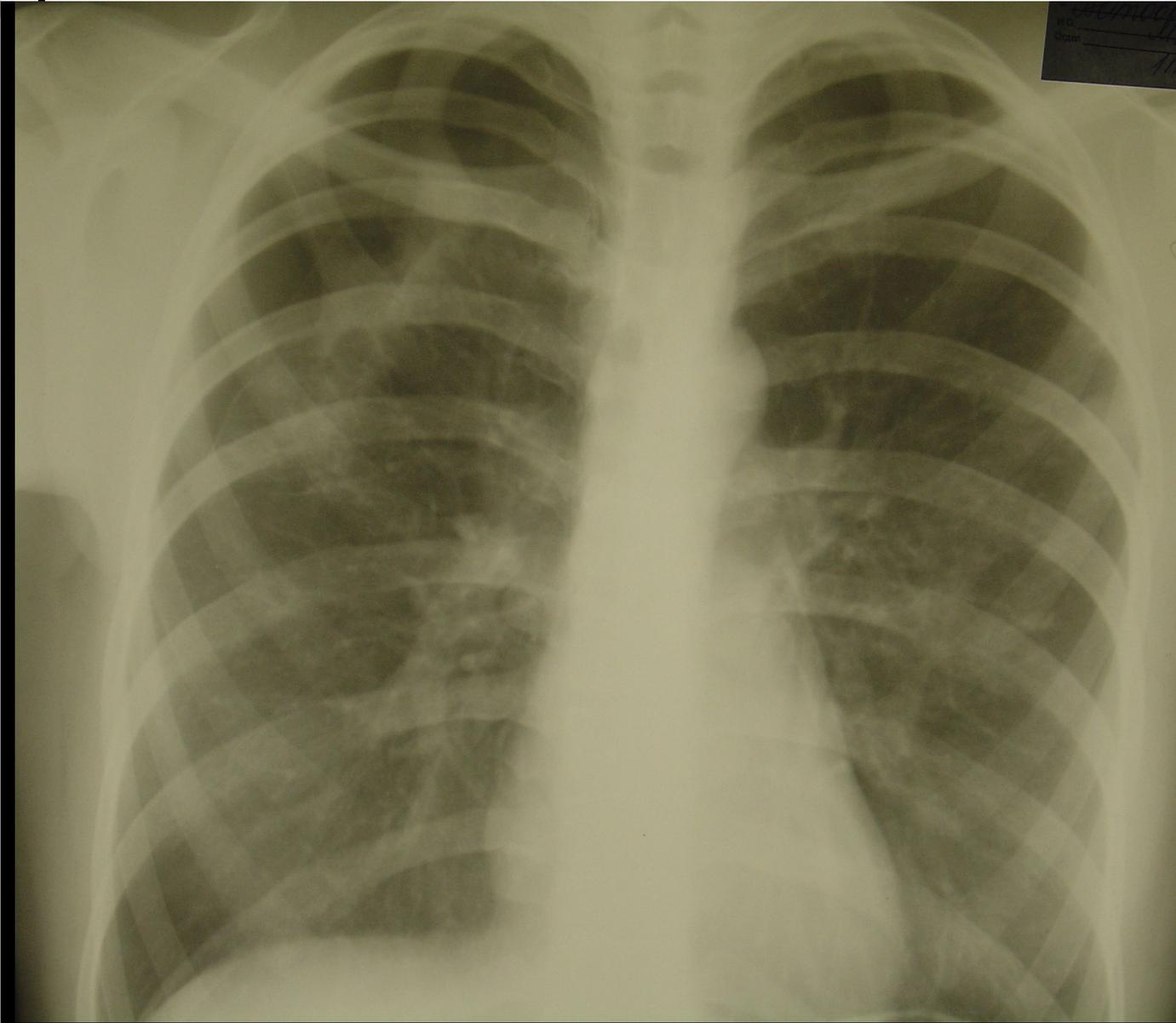
▣ церукал за 20 мин до приема пищи

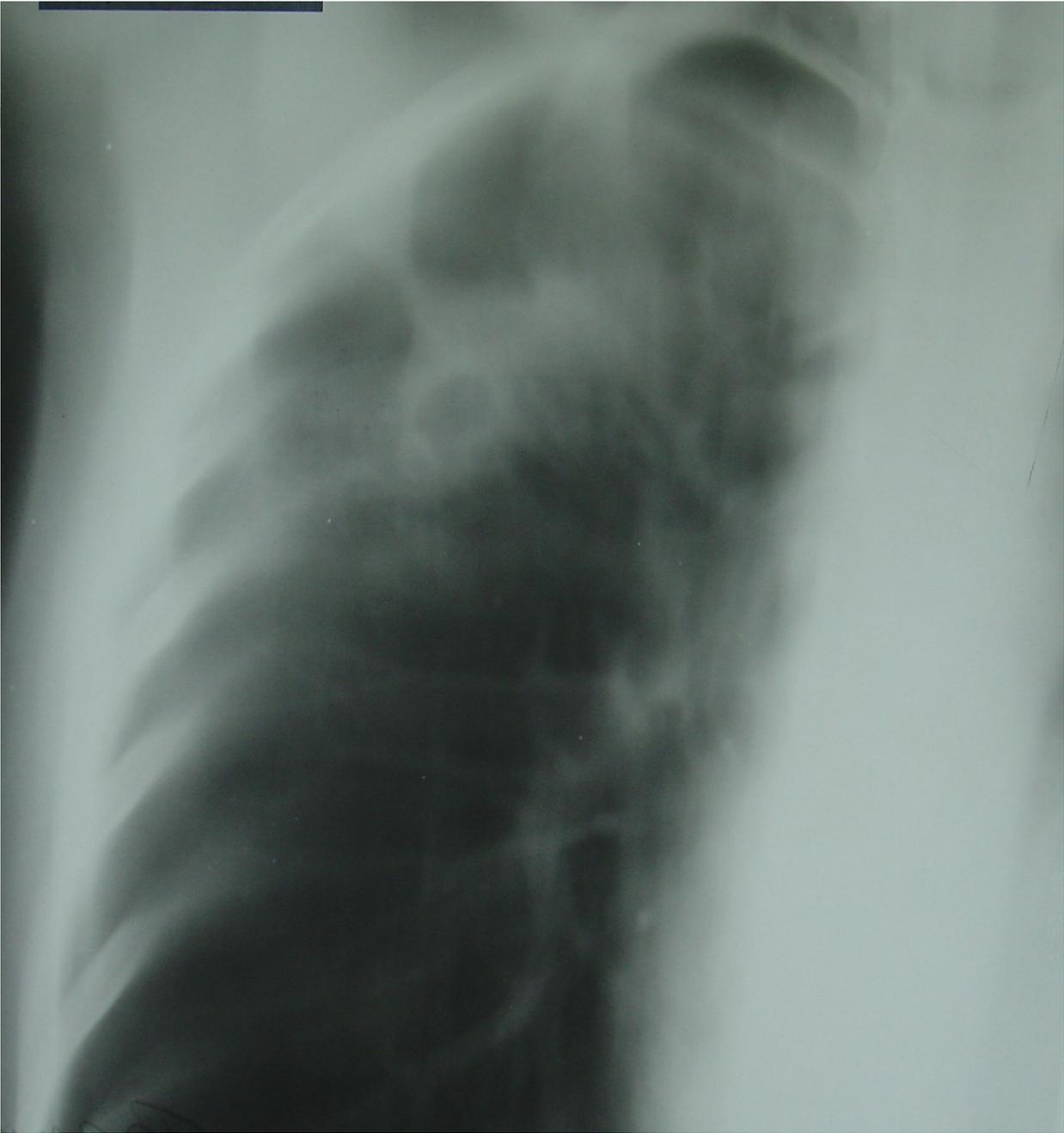
Рекомендации запивать ПАСК кислым
соком (томатный, апельсиновый)

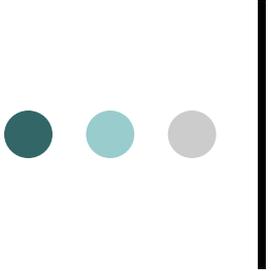


переносимость удовлетворительная

Искусственный пневмоторакс справа

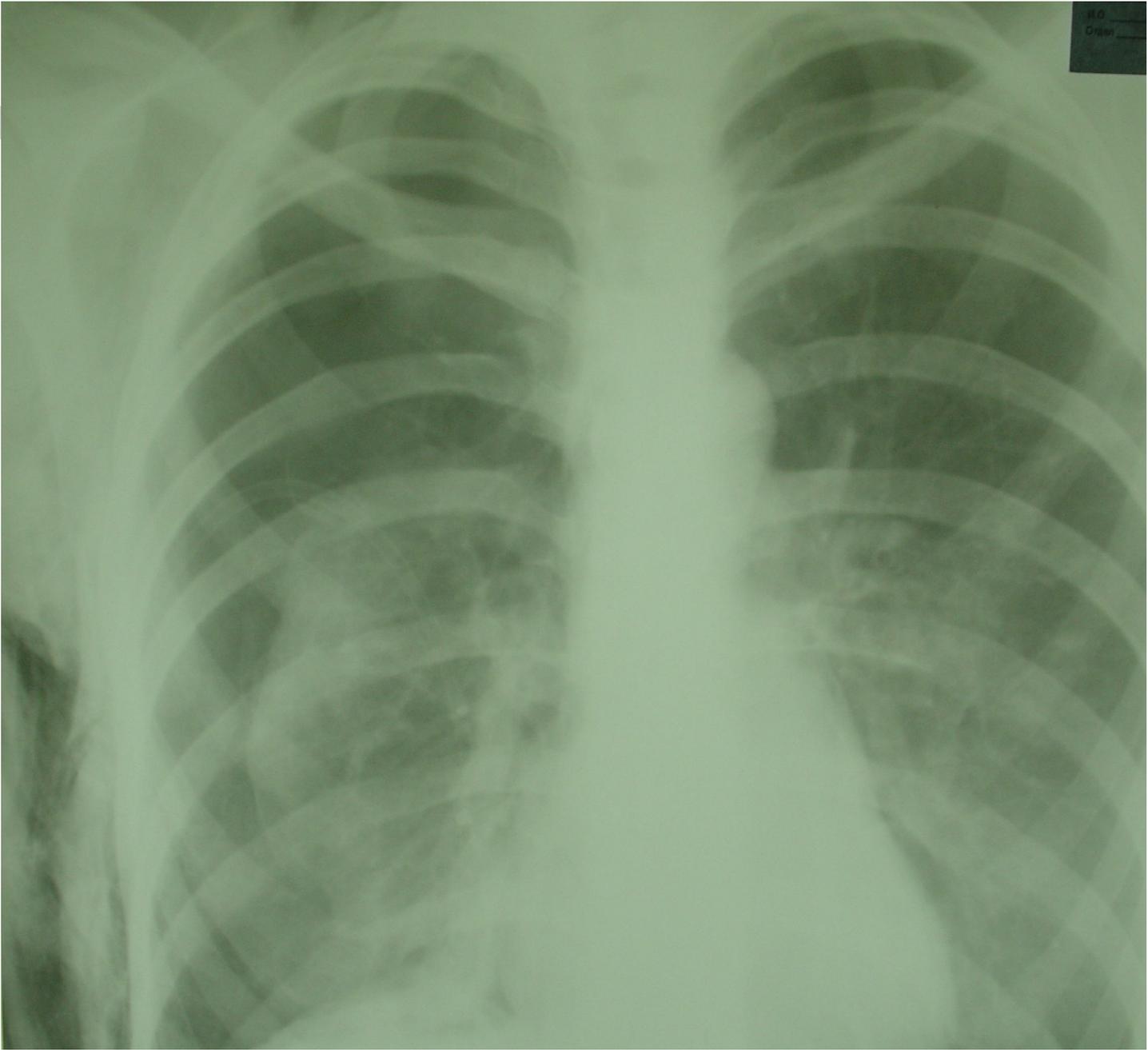


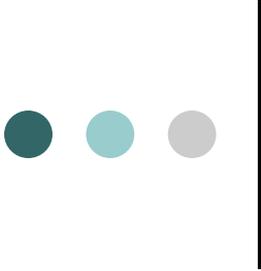




□ Операция:

Видеоторакоскопическая
торакокаустика справа





Через 3 мес. лечения (ИП - 2 мес.)

Состояние удовлетворительное,
жалоб нет

Прибавка в весе 2 кг

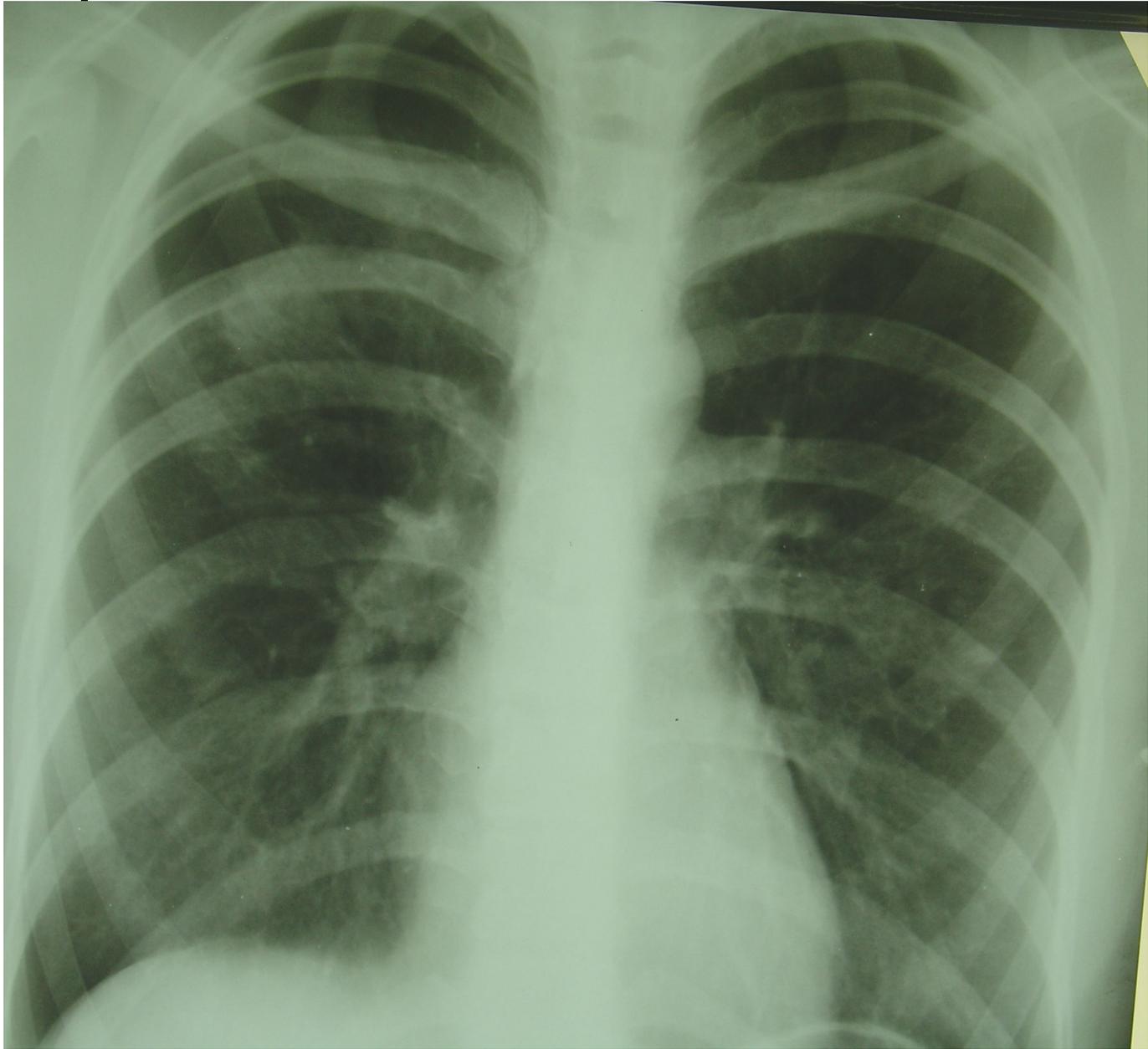
МБТ (-)

Посев (-)

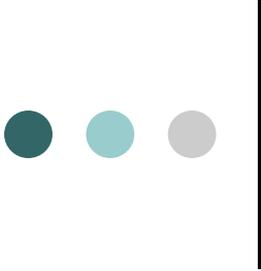
Получены данные чувствительности

МБТ: ЛУ к H R S E K / Am + Et

Чувствительность к Cap Z Fq Cs Pas

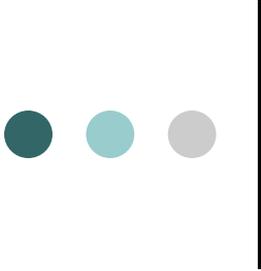






Через 6 мес. коррекция химиотерапии:

- Z
- Cs
- PAS



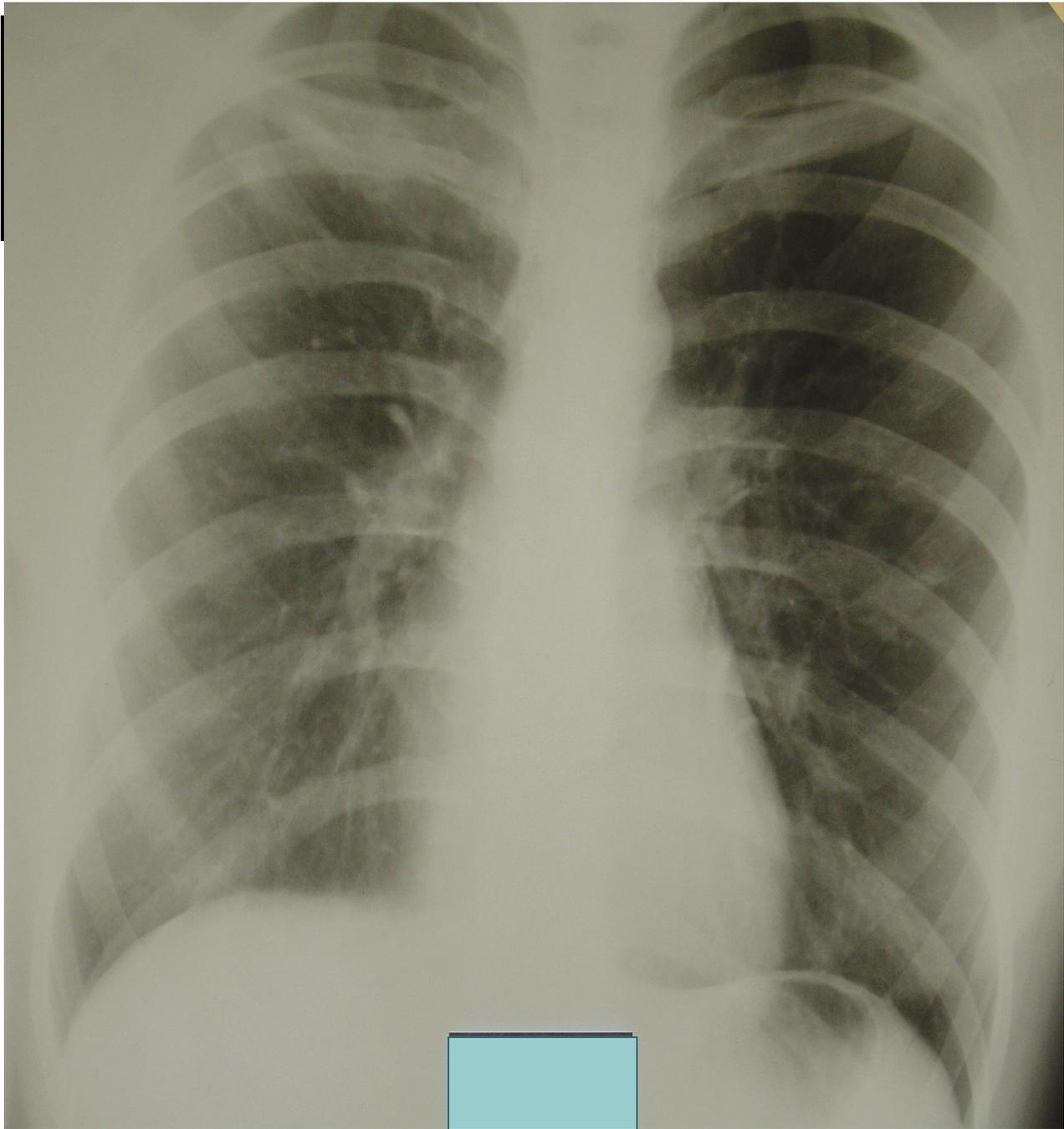
Результаты лечения через 12 мес.

Состояние удовлетворительное,
жалоб нет

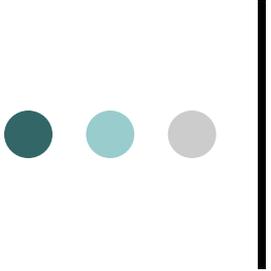
Прибавка в весе 7 кг

МБТ (-)

Посев (-)







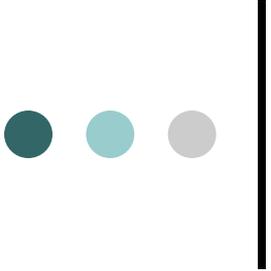
Проведено лечение:

□ Химиотерапия – 18 мес.

6 мес. : Cap Z Cs PAS

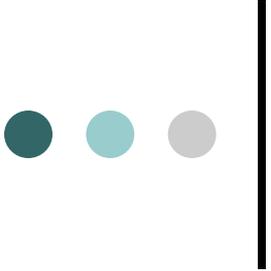
12 мес.: Z Cs PAS

□ ИП – 6 мес.



Трудности лечения

- Начальная ЛУ к 5 препаратам : **HRESK**
- Приобретенная ЛУ к **Et** как следствие добавления его к комбинации ПТП, к которым МБТ устойчива
- Плохая переносимость ПТП
- Неэффективный ИП вследствие спаечного процесса



Успех комплексного лечения

- Длительная химиотерапия препаратами, к которым МБТ чувствительна
- + предупреждение и устранение побочных реакций
- Коллапсотерапия
- Хирургическое лечение